FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

ANNÉE 1887-88 N° 61

ÉTUDE

SUR LA

SYPHILIS TERTIAIRE

DU NEZ ET DES FOSSES NASALES

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 28 MAI 1888

PAR

Emile-Paul OLIVIER

MÉDECIN DE LA MARINE

Né à Luçon (Vendée), le 22 juillet 1863.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. VERGELY,	professeur,	*président.*
VIAULT,	professeur,	*juges.*
MOUSSOUS,	agrégé,	
DENUCÉ,	agrégé,	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX
Imprimerie Vve Cadoret
17 — RUE MONTMÉJAN — 17

1888

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549603_0090

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

ANNÉE 1887-88 N° 61

ÉTUDE

SUR LA

SYPHILIS TERTIAIRE

DU NEZ ET DES FOSSES NASALES

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 28 MAI 1888

PAR

Emile-Paul OLIVIER

MÉDECIN DE LA MARINE

Né à Luçon (Vendée), le 22 juillet 1863.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. VERGELY,	professeur,	*président.*
VIAULT,	professeur,	*juges.*
MOUSSOUS,	agrégé,	
DENUCÉ,	agrégé,	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX
Imprimerie Vve Cadoret
17 — RUE MONTMÉJAN — 17

1888

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. PITRES..... Doyen. | M. DENUCÉ... Doyen honoraire.

PROFESSEURS :

MM. DENUCÉ..... } Professeurs honoraires.
MICÉ..... }

Anatomie	MM. BOUCHARD.
Physiologie	ORÉ.
Physique	MERGET.
Chimie	BLAREZ.
Histoire naturelle	GUILLAUD.
Pathologie et thérapeutique générales	VERGELY.
Pathologie interne	DUPUY
Pathologie externe	AZAM.
Anatomie pathologique	COYNE.
Histologie et Anatomie générale	VIAULT.
Médecine opératoire	MASSE.
Pharmacie	FIGUIER
Thérapeutique	De FLEURY.
Hygiène	LAYET.
Médecine légale	MORACHE.
Médecine expérimentale	JOLYET.
Matière médicale	PERRENS.
Clinique médicale	PICOT.
	PITRES.
Clinique chirurgicale	DEMONS.
	LANELONGUE.
Clinique obstétricale	MOUSSOUS.
Clinique ophtalmologique	BADAL.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

SECTION DE MÉDECINE

Pathologie interne et Médecine légale	ARNOZAN.
	RONDOT.
	ARTIGALAS.
	MOUSSOUS.
	DUBREUILH.

SECTION DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS

Pathologie externe	BOURSIER.
	PIECHAUD.
	LAGRANGE.
	POUSSON.
	DENUCÉ.
Accouchements	LEFOUR.

SECTION DES SCIENCESANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

Anatomie et Physiologie. {MM. PLANTEAU. FERRÉ. | Histoire naturelle..... M. NABIAS.

SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES

Physique	MM. BERGONIE.
Chimie et Toxicologie	DENIGÈS.
Pharmacie	CARLES.

CLINIQUES ANNEXES

Clin. méd. des enfants. MM. NÉGRIÉ. | Maladies vénériennes.... MM. VENOT.
Clin. chir. des enfants. PIÉCHAUD | Maladies mentales..... N.

COURS COMPLÉMENTAIRES

Accouchements..... M. LEFOUR, agrégé. | Chimie..... M. CARLES, agrégé.

Le Secrétaire de la Faculté, LEMAIRE.

« Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les » Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propre à leurs auteurs » et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation. »

A Monsieur le Docteur E. J. MOURE

Professeur libre de Laryngologie.

A Monsieur le Docteur P. CHOYAU

Chevalier de la Légion d'honneur.

A mon Président de Thèse

MONSIEUR LE DOCTEUR VERGELY

Professeur de Pathologie et Thérapeutique générales à la Faculté de Médecine de Bordeaux,

Officier de l'Instruction publique.

INTRODUCTION

L'étude des manifestations de la syphilis sur le nez et dans les fosses nasales n'est pas de date récente. Ceux qui veulent que cette maladie ait existé de tout temps trouvent la description des troubles qu'elle produit dans l'appareil de l'odorat chez les plus anciens auteurs. D'après Morell-Mackenzie, l'empereur chinois Hoang-Ty en parlerait dans ses ouvrages (2,600 ans avant notre ère). Pour les partisans de l'importation américaine, c'est évidemment après le retour des compagnons de Colomb que la première mention en est faite. En tout cas la syphilis nasale a été observée très fréquemment après 1496, et les faits s'y rapportant abondent dans la littérature médicale.

Tous les syphiliographes modernes ont décrit ces lésions avec plus ou moins de détails, mais tout n'est pas encore connu dans l'histoire de ces localisations syphilitiques. Aussi il m'a paru intéressant de présenter l'état actuel de la question.

Dans une thèse de l'année dernière, M. le docteur Dupond a déjà étudié les accidents primitif et secondaires dans ces régions; je n'aurai donc à m'occuper ici que de la syphilis tertiaire.

Je dois à Monsieur le docteur Moure l'idée première de ce travail, plusieurs observations inédites, la facilité de suivre des malades de sa clinique, et surtout de précieux conseils.

Aussi je suis heureux de pouvoir lui exprimer ici toute ma reconnaissance pour ses excellentes leçons et l'accueil bienveillant qu'il m'a fait.

Je prie Monsieur le professeur Vergely, qui a daigné accepter la présidence de cette thèse, de bien vouloir agréer l'assurance de ma vive gratitude, et mes sincères remerciements.

ÉTUDE

SUR LA

SYPHILIS TERTIAIRE

DU NEZ ET DES FOSSES NASALES

I

GÉNÉRALITÉS : FRÉQUENCE, ÉPOQUE D'APPARITION, ÉTIOLOGIE, SIÈGE.

Les accidents primitif et secondaires ne se montrent que peu dans les régions du nez et des fosses nasales, tandis que les accidents tertiaires y sont relativement fréquents.

Aujourd'hui on les rencontre assez rarement, grâce sans aucun doute à la diffusion du traitement mercuriel. Dans une statistique de Willyk, la proportion est de 2,8 pour 100 syphilitiques.

Le tertiarisme est généralement tardif, mais il peut être précoce. Un malade de Mauriac dont l'histoire est partout citée avait déjà perdu une partie de son ethmoïde le septième mois de sa syphilis.

Sur treize autres cas que le même auteur a publiés dans ses

leçons sur la syphilose pharyngo-nasale, les accidents étaient survenus :

10 mois après le chancre	....	1	fois	8 ans	—	....	1 »
20 mois	—	....	1 »	9 ans	—	....	1 »
4 ans	—	....	1 »	11 ans	—	....	1 »
5 ans	—	....	1 »	16 ans	—	....	1 »
7 ans	—	....	3 »	19 ans	—	....	1 »

Date inconnue : 1 fois (le malade avait eu deux fois des chancres, 8 ans et 2 ans avant).

Spillmann a vu deux soldats revenant du Mexique qui, un an après leur chancre, avaient de la carie des os du nez et des maxillaires.

Delpech a cité un cas de nécroses multiples des os du nez : la maladie datait de 10 ans.

Fournier, dans ses leçons sur la syphilis tertiaire, rapporte l'observation résumée d'un homme porteur d'une gomme survenue 26 ans après le début de la syphilis.

Le malade de Michel qui présentait de l'ozène avec carie et élimination des os propres du nez, et perforation de la voûte palatine avait eu son chancre 5 ans auparavant.

Dans trois des observations qui suivent, la diathèse datait une fois de deux ans environ, une autre fois de 4 ans, la troisième de 19 ans.

Il est difficile de tirer des conclusions précises de ces faits. Le plus grand nombre de cas se produit tardivement, à partir de 4 ans surtout; deux fois les accidents ont apparu 19 ans, une fois 26 après le chancre.

Les manifestations nasales de la syphilis sont quelquefois le premier symptôme bruyant de la maladie : les autres ont passé inaperçus, surtout chez les femmes.

Cependant assez souvent, la syphilose nasale coïncide avec d'autres lésions tertiaires et peut même coexister avec des accidents secondaires (Finger).

On a cherché les causes prédisposantes de cette affection spéciale, et on a trouvé d'abord tous les états qui favorisent le tertiarisme : l'anémie, le lymphatisme, la mauvaise hygiène, la diathèse strumeuse (Morell-Mackenzie), les chagrins, le travail, l'alcoolisme, les excès de tous genres, l'insuffisance ou l'absence de traitement (Fournier.) Cette dernière cause paraît très importante et pourrait être invoquée pour tous les faits inédits rapportés plus loin et qui ont trait à des femmes.

Quant à la localisation, un traumatisme (Duverney, Virchow, observation VI), un catarrhe chronique, les coryzas fréquents, le manque de soins, la négligence, le froid (Hunter) sont autant de causes prédisposantes.

Les Arabes, qui présentent la plupart des mauvaises conditions énoncées plus haut, sont souvent la proie de la syphilis nasale et offrent des cas remarquables de déformations du nez (Dr Moure).

Mais généralement il s'agit d'hypothèses étiologiques banales, et il est impossible de dire avec certitude pourquoi tel syphilitique souffre d'une lésion nasale, pendant qu'un autre n'en a pas.

Le tégument externe, la muqueuse, les cartilages, le squelette osseux, tout ce qui constitue l'appareil de l'olfaction peut être lésé par la syphilis. Il n'y a point de lieu de prédilection spécial parmi les parties osseuses ou cartilagineuses : toutes sont susceptibles d'être frappées.

Casabianca avait soutenu que la lame perpendiculaire de l'ethmoïde et le vomer étaient les premiers atteints. Mais la nécrose siège bien souvent d'une façon exclusive sur la portion cartilagineuse de la cloison, plus rarement sur le cornet

inférieur, le sinus maxillaire, l'ethmoïde ou le sphénoïde. La voûte palatine est fréquemment perforée.

Que leur point de départ soit la peau ou la muqueuse, les lésions nasales syphilitiques peuvent également aboutir au même resultat : des pertes de substances énormes, sans qu'au moment d'un examen tardif, il soit possible de dire si on a affaire à une lésion primitivement extérieure ou intérieure.

Pour faire la description des symptômes, j'étudierai cependant successivement les manifestations externes et internes de la syphilis.

II

SYMPTOMATOLOGIE

A. Lésions extérieures.

La peau qui recouvre le nez peut être le siège, comme le reste du tégument externe, de syphilides diverses.

Berlioz parle de la syphilide granulée des ailes du nez décrite par Ricord et Fournier. On se trouve dans ce cas en présence de « petites élevures grenues, verruqueuses, papilliformes, sèches, grisâtres, croutelleuses ou squameuses ».

Une autre variété, la syphilide papulo-croûteuse, a pour siège de prédilection la région qui nous occupe : ces papules sont isolées ou en placards irréguliers.

Les syphilides pustulo-crustacées peuvent se présenter aussi sous leurs différents aspects : syphilide acnéiforme (acné syphilitique), varioliforme, impétiginiforme, ecthymateuse, dont les noms sont assez expressifs par eux-mêmes pour que les lésions n'aient pas besoin d'être décrites.

Je m'arrêterai cependant un instant sur l'acné syphilitique à cause de son importance, et de la portée différente que l'on a attribuée successivement à cette expression.

Les syphiliographes avaient donné ce nom à une syphilide pustuleuse ayant une ressemblance extérieure avec l'acné ordinaire.

Le premier, je crois, dans sa thèse inaugurale, le Dr Grouille a étudié l'acné punctata syphilitique vraie, c'est-à-dire l'inflammation spécifique des glandes sébacées. Rollet et Bazin avaient

bien admis la possibilité d'une semblable lésion ; mais l'auteur en question a essayé, en s'appuyant sur la couleur cuivrée caractéristique de l'éruption et sur son évolution absolument subordonnée au traitement mercuriel, de prouver la justesse du titre qu'il a donné à son travail. Pour lui c'est un accident secondaire, précoce, qui peut siéger sur toutes les régions du corps.

Il y a moins de trois ans, le Dr Horand, ex-chirurgien en chef de l'Antiquaille, est venu apporter des faits nouveaux, selon lui, relatifs à un accident tertiaire de la vérole, qu'il a appelé syphilide acnéique du nez.

C'est à tort que cet auteur affirme au début de son mémoire original que « jusqu'à ce jour on n'a pas signalé de lésions affectant la peau de cet organe..., et que les ouvrages de dermatologie et de syphiligraphie ne renferment rien qui se rapporte à ce sujet. »

Mais ces réserves faites, il est bon comme le pense ce chirurgien d'attirer l'attention sur cette manifestation de la syphilis dont l'étiologie doit être connue pour éviter bien des mécomptes aux malades qui en sont porteurs.

Je ne saurais mieux faire que de reproduire en résumé l'observation I, du travail du Dr Horand. On y verra la description nette de cette affection curieuse.

OSERVATION I

D..., âgé de 38 ans, nous est adressé par un de nos collègues pour une affection rebelle du nez et des oreilles.

L'affection du nez a pour siège la peau du dos et des ailes. Elle est confluente au niveau du lobule et rare à la racine.

Ce qui la caractérise, ce sont des pustules isolées ou groupées. Celles qui sont isolées ont le volume d'une lentille, une forme conoïde. A leur sommet, il existe un point jaune ou une croûte brunâtre. Leur base est entourée

d'une aréole d'un rouge vif. Si l'on enlève la croûte, on trouve au-dessous une ulcération du derme tapissée d'un pus grisâtre. Entre les pustules isolées ou agglomérées, celles-ci ne différant des premières que par une croûte et une ulcération plus importantes, la peau est épaissie et présente çà et là des cicatrices blanchâtres rappelant exactement celles de la variole.

Le nez est augmenté de volume.

Affection non douloureuse.

Le malade raconte qu'en 1867, il a eu un chancre qui occupait la rainure du gland. Accidents secondaires ayant disparu sous l'influence d'un traitement spécifique.

L'affection du nez a débuté en 1882.

Iodure de potassium 2 gr. ; cérat au calomel. Guérison en quinze jours.

Six mois plus tard, M. D... a eu des accidents cérébraux conjurés par l'iodure de potassium et le mercure.

Actuellement M. D... jouit d'une parfaite santé et cela depuis deux ans. De son affection du nez, il ne reste plus que de nombreuses cicatrices linéaires rappelant exactement celles d'une variole qui aurait labouré cet organe.

Le Dr Horand a publié douze autres observations analogues. Cela lui a permis de donner la physionomie exacte de cette affection qui reste cutanée, frappant de préférence les ailes et le lobule du nez. Les joues et la lèvre supérieure sont quelquefois envahies, mais la muqueuse, les cartilages et les os sont toujours respectés.

Au début, il y a de la rougeur de la peau, puis des pustules qui éclosent par poussées successives et se cicatrisent lentement. En général, quand on voit les malades en pleine période d'état, les pustules ont un volume variable et ressemblent à celles de l'acné. Leurs dimensions varient de celles d'une tête d'épingle à celles d'une pièce de vingt centimes. Les ulcérations ne donnent qu'un peu de pus qui produit par sa dessication une croûte noirâtre.

La peau sous-jacente est épaissie, empâtée, marquée de cicatrices plus ou moins récentes qui rappellent celles de la variole.

Le nez est volumineux, indolent ; pas d'engorgement ganglionnaire.

Les accidents durent longtemps, des mois ou des années, et n'ont pas de tendance à la guérison naturelle. C'est une manifestation de la syphilis qui reste isolée ou est associée à d'autres plus connues.

L'état général reste bon.

Il s'agit d'une affection rare, puisqu'elle n'a été constatée que treize fois en dix-huit ans, et cela sur plus de trois mille syphilitiques.

Elle apparaît tardivement, toujours trois ans au moins après le chancre.

L'absence de traitement antisyphilitique et l'alcoolisme semblent favoriser son développement.

C'est donc là une lésion intéressante dont le diagnostic, on le verra plus loin, n'est pas toujours facile.

Le Dr Horand a en somme décrit avec détails et dans son évolution localisée l'affection pustulo-crustacée spécifique dont bien avant lui les auteurs avaient fait mention.

Les ailes du nez offrent encore un terrain de choix aux syphilides tuberculeuses sèches qui sont caractérisées par de petites tumeurs très dures, enfoncées dans le derme. Leur volume est comparable à un pois ; leur saillie est rouge sombre ou rouge cuivré. La surface en est lisse, comme vernie (Fournier). Elles ne causent aucune sensation de douleur ou de prurit.

Comme elles, isolées ou réunies en groupes, siégeant au même endroit, peuvent se présenter des syphilides tuberculo-croûteuses ou tuberculo-ulcéreuses. Le début est le même ; la terminaison seule diffère.

La gomme se ramollit, suppure, s'ulcère. Le liquide purulent est jaunâtre, mêlé à des détritus cellulaires.

Tout le derme est entamé par l'ulcération dont le fond est grisâtre, inégal et dont les bords taillés à pic s'entourent d'une aréole rouge foncé.

L'ulcération peut s'en tenir à la destruction des parties molles. Et Mauriac a observé le cas rapporté dans l'observation II, intéressant par les difformités bizarres qu'avait produites une syphilide tuberculo-crustacée.

Ailleurs, le processus ulcéreux creusera en profondeur, atteindra les cartilages, les os, et produira, à la suite de phagédénisme, des désordres effroyables. Tel est le cas de la malade citée par Jullien dans son Traité et dont l'histoire est reproduite plus loin (observation III).

(b) **Lésions intérieures.**

Ricord a rapporté dans son *Traité des maladies vénériennes* l'histoire d'un homme en proie aux accidents tertiaires, neuf ans après le chancre. Le nez était devenu très gros par suite de la tuméfaction des os propres (probablement atteints d'ostéite).

Aucune ulcération n'existait sur la nuqueuse pituitaire et aucune sécrétion morbide ne s'écoulait des narines. Dans toute la région nasale existait un sentiment de constriction et de pesanteur, et la pression y provoquait de la douleur.

Mais les faits de ce genre sont rares, et généralement on observe en clinique soit des gommes, soit des ulcérations qui sont simples ou compliquées.

Les gommes se rencontrent assez rarement à l'état de tumeur, parce que les malades ne viennent demander des soins qu'après qu'elles sont ulcérées.

D'après la plupart des auteurs, la tumeur gommeuse occupe presque d'une façon exclusive la cloison des fosses nasales, et l'infiltration est circonscrite.

On a cependant cité des cas où la gomme siégeait aux ailes du nez, et, selon Mauriac, elle revêt alors la forme en nappe.

Fournier rapporte dans ses *Leçons sur la syphilis tertiaire* le fait suivant d'un homme atteint d'une infiltration gommeuse de l'aile du nez vingt-six ans après l'infection syphilitique.

La face cutanée de la région était semée de petits nodules gommeux secs, surmontés çà et là de fines croutelles. A la face interne proéminaient une série de petits mamelons hémisphériques, régulièrement arrondis, réunis en groupe et serrés les uns contre les autres. Recouverts par la muqueuse encore intacte, mais vivement injectée, ces mamelons rappelaient assez bien l'aspect d'une grappe de groseilles rouges.

C'est au contraire sous la forme circonscrite que se présentait une gomme de la face interne de l'aile du nez chez la femme que M. le Dr Moure a eu l'occasion de soigner à sa clinique. Ce fait a été communiqué au Congrès de laryngologie d'octobre 1887 et publié dans la *Revue mensuelle*. On le trouvera reproduit dans l'observation IV, d'abord à cause de l'intérêt qu'il présente, et ensuite parce que j'ai pu voir moi-même tout récemment cette malade qui a encore de la rhinite ulcéreuse.

En somme, les gommes se présentent sous deux aspects : ou on voit une infiltration diffuse, dure de la muqueuse, colorée en rouge groseille; ou on a affaire à une tumeur plus ou moins volumineuse, rouge foncé, gênant par son volume la respiration nasale, et causant de la douleur tout au moins dans l'acte de se moucher.

Abandonnées sans traitement, elles peuvent s'indurer, se résorber et disparaître. Le plus souvent, elles subissent la

dégénérescence granulo-graisseuse et se ramollissent. Sous la pression du liquide qu'elles contiennent, les parties sus-jacentes se détruisent.

Et les gommes contribuent ainsi pour une part minime à cet aboutissant de causes multiples : l'ulcération de la muqueuse pituitaire.

D'autres processus, en effet, ostéites, périostites, périchondrites arrivent au même résultat, et c'est même là le point de départ le plus habituel des pertes de substance dans les fosses nasales.

Au début de l'ulcération, le malade éprouve un certain embarras dans l'une des narines. L'état catarrhal est assez intense et se traduit par de l'enchifrènement, l'écoulement de liquides muqueux inodores et par un peu de gêne de la respiration. Mais il n'y a rien de bien spécial : le syphilitique attribue à un coryza simple les mucosités qu'il mouche et la dyspnée légère qu'il ressent.

Avec les progrès de la lésion, les symptômes s'aggravent peu à peu : le liquide expulsé devient sanieux, teinté de sang ; il existe des croûtes noirâtres que le malade arrache souvent avec son doigt. Leur formation indique que, dans des parties assez profondes, il stagne des liquides dont la putréfaction est activée par le renouvellement incessant de l'air. Il se produit donc fatalement de la mauvaise odeur appelée ozène ; ce symptôme est d'abord peu accentué.

En général, il n'y a pas de douleurs à cette période ; cependant, comme dans tout coryza, il peut en exister surtout à la région frontale, quand la muqueuse des sinus frontaux est atteinte.

A l'examen rhinoscopique, on voit, après avoir enlevé la croûte brunâtre qui la couvre, une ulcération anfractueuse plus ou moins étendue, dont la surface est fongueuse et les bords épais.

Dès que les os ou les cartilages sont mis à nus, le symptôme capital est la punaisie pour laquelle les patients viennent consulter le médecin, quoiqu'ils n'en aient pas toujours conscience eux-mêmes. La mauvaise odeur que répandent les malades à distance est telle, dans certains cas, que l'examen est rendu très difficile, presque impossible (Obs. XI).

L'ulcère a maintenant des bords déchiquetés, irréguliers, taillés à pic. Autour, la muqueuse est boursoufflée, rouge sombre, saignant au moindre contact. Le fond de l'ulcération est grisâtre, sanieux, souvent recouvert de croûtes noirâtres épaisses sous lesquelles on trouve du pus fétide et des bourgeons de mauvaise nature.

Plus tard, et dans quelques cas, il se produit des douleurs sourdes à formes lancinantes et névralgiques, revenant plus particulièrement le soir, et empêchant le sommeil pendant une partie de la nuit. Ces douleurs ont pour siège, selon l'endroit où est localisée la lésion, la région frontale, la joue, le dos du nez ou la nuque. Elles sont dues soit à la présence même des désordres sous-jacents qui atteignent les nerfs, soit à une névrose réflexe comme la céphalée postérieure. Les yeux sont larmoyants quand les os qui avoisinent le canal nasal sont frappés.

C'est la nécrose osseuse qui s'annonce par des symptômes bruyants.

Plus souvent le coryza augmente et l'écoulement purulent avec lui. Les liquides expulsés contiennent des fragments d'os plus ou moins volumineux; et des os entiers comme les cornets, les os propres ou une partie du sphénoïde, du vomer, peuvent s'éliminer presque insensiblement.

La lésion marche lentement pour arriver à produire des désordres terribles.

Quelquefois tout le mal se fait à froid, sans douleurs; et le

malade chez lequel l'ulcération a ainsi évolué à son insu, s'aperçoit seulement de la perforation qui s'est produite quand les troubles fonctionnels éclatent tout d'un coup.

Ce fait est surtout vrai pour la disparition de la cloison que les syphilitiques ne découvrent qu'en remarquant la facilité avec laquelle ils peuvent introduire leur doigt dans leurs narines.

Une malade de Fournier vint le voir avec une perforation de la cloison du diamètre d'une pièce de 20 centimes ayant passé inaperçue ; il n'y avait jamais eu que de l'ozène.

Langlebert a raconté l'histoire d'un homme qui fut étonné un matin de ne pouvoir allumer sa pipe sans éternuer. En avalant de l'eau, une partie de ce liquide passa dans les fosses nasales, grâce à une perforation de la voûte du palais siègeant près de l'insertion du voile.

Lorsque ces communications anormales entre la bouche et le nez se produisent, le symptôme le plus constant est, avec le nasonnement de la voix, le reflux des aliments dans les cavités nasales. L'ingestion des solides n'est que peu gênée, mais celle des liquides est très difficile. Il est remarquable cependant de voir que, par une sorte d'éducation instinctive, le pharynx, en exagérant ses mouvements et en les combinant avec ceux de la langue, arrive à saisir le bol à temps pour éviter l'inconvénient cité plus haut. Mais il faut que le malade prenne certaines précautions et procède avec lenteur : la moindre précipitation fait reparaître l'infirmité. C'est ce qui arrivait au malade de Fournier qui en souffrait au buffet du chemin de fer, parce qu'il était forcé de manger vite.

Si c'est le voile du palais qui est perforé, il se produit du nasonnement et du bredouillement. En effet ce voile membraneux doit être intact pour ne laisser, comme normalement, entre les deux cavités nasale et buccale, que la communication nécessaire à la prononciation de certaines lettres (Pieniazek).

Comme autre symptôme, il se produit de l'anosmie consécutive à la lésion ou à la destruction des terminaisons du nerf olfactif; de l'obtusion de l'ouïe, résultat des ulcérations ou du gonflement de la muqueuse, à l'orifice pharyngien de la trompe d'Eustache.

Si le processus destructif atteint le cartilage de la cloison, même en totalité, le nez peut très bien n'être pas déformé, comme l'a fait remarquer Schmiegelow et comme le montre l'observation IX. Mais la moindre perte de substance un peu importante des os propres amène l'affaissement ou le changement de direction de cet organe qui peut se déjeter latéralement ou présenter sur le dos une cassure d'aspect bizarre.

De telle sorte qu'on peut dire que ce sont les formes bénignes de la syphilis nasale qui frappent les cartilages, et les formes graves, le tissu osseux.

Peu à peu la lésion envahit les tissus, les désagrège. Tout le squelette osseux de la face peut y passer. Chez un syphilitique vu par Delpech, les cornets, le vomer, les os propres, le rebord alvéolaire du maxillaire supérieur droit, la voûte palatine, l'os malaire, l'unguis droit, l'ethmoïde, le frontal, le sphénoïde furent atteints; enfin l'angle basilaire de l'occipital se détacha, un jour, tout entier, et faillit asphyxier le malade en tombant dans le pharynx.

Comme exemple du même genre, on connaît l'histoire de l'officier anglais visité par Trousseau. Il était atteint d'ozène syphilitique depuis longtemps. Il survint tout à coup un accès de suffocation causé par un corps étranger tombé dans la gorge. Le malade, qui asphyxiait, « saisit avec ses doigts et finit par arracher une énorme portion de l'ethmoïde, irrégulière, anfractueuse, représentant au moins le quart de l'os. » Le jour même, des accidents cérébraux se déclarèrent, et la mort eut lieu vingt-quatre heures après.

Je reproduis plus loin une observation curieuse du docteur Baratoux ayant trait à un syphilitique qui expulsa la partie centrale de son sphénoïde et fut enlevé par une pneumonie intercurrente (observ. XI).

Mais bien souvent, au milieu de désordres très graves, l'état général reste excellent.

III

MARCHE. DURÉE. COMPLICATIONS. PRONOSTIC.

Les lésions des fosses nasales n'ont point de tendance naturelle à la guérison, et, si on les abandonne à elles-mêmes, elles progressent lentement ou évoluent en peu de semaines.

La récidive est fréquente.

La durée est indéterminée et varie avec trop de circonstances pour qu'on puisse en dire quelque chose de précis.

J'ai noté les hideuses difformités qui résultent de la syphilis du nez, les communications anormales entre la bouche et les fosses nasales, les nécroses des os voisins, les tumeurs lacrymales suivies de fistules, dont Velpeau, Lagneau fils, Vidal, Tavignot ont publié des exemples; (observation IX).

Il faut signaler encore comme complications possibles et plus graves : l'asphyxie par un fragment d'os volumineux, l'envahissement des sinus frontaux et ethmoïdaux, la lésion des os du crâne. Dans ce dernier cas, on observe de la céphalée, du délire ; il peut éclater une méningo-encéphalite dont l'issue est fatale.

Weber a publié un fait où la mort fut due à des phénomènes d'infection purulente. A l'autopsie, on trouva une thrombose du sinus caverneux et de la veine ophthalmique, une méningite suppurée de la base, et des abcès métastatiques dans les viscères.

La mort peut aussi survenir par épuisement, dans le marasme, à la suite de l'absorption des liquides infects avalés par le malade.

Comme reliquats des lésions traitées et cicatrisées on trouve des brides fibreuses, des adhérences anormales.

Julius Paul, Mauriac ont signalé des cas où le voile du palais se soudant au pharynx a séparé du reste des voies aériennes l'arrière cavité des fosses nasales. Ces faits sont très fréquents quand les lésions siègent à la partie postérieure de ces cavités ou sur la voûte palatine. Dans ces conditions le nez ne sert plus qu'à l'olfaction.

Les observations de diaphragme incomplet sont plus nombreuses, et on a alors, dit Jullien, « l'ankylose glosso-pharyngo-velo-palatine dont l'aspect à première vue est révélateur d'une ancienne syphilis. »

Le pronostic est toujours grave. Heureusement, quand les lésions ne sont pas trop avancées, on a pour les combattre des moyens puissants. Le tout est donc de faire de bonne heure le diagnostic qui, on va le voir, n'est pas toujours exempt de difficultés.

IV

DIAGNOSTIC

Lésions externes.

La syphilide acnéique du nez pourrait être confondue :

1° Avec l'acné. Les caractères distinctifs principaux seront : la coloration qui est cuivrée ou jambonnée dans la syphilis, rouge dans l'acné; le contenu de l'élément éruptif qui sera un bourbillon dans un cas, du pus dans l'autre; la localisation concomitante de l'acné au dos et aux épaules; la dispersion plus grande de ses nodosités ainsi que la coexistence, dans le voisinage, de comédons, de points noirs;

2° Avec l'impétigo, à cause de l'aspect croûteux du nez. Mais les croûtes seraient ici plus jaunes, plus molles, moins adhérentes : au-dessous, on ne trouverait qu'une légère exulcération de la peau. De plus l'impétigo est rarement limité au nez.

Pour les autres lésions du tégument nasal, elles se présentent ulcérées ou non. Il faut dans tous les cas ne pas oublier la coloration si connue de l'aréole des syphilides; les bords taillés à l'emporte-pièce, non décollés des ulcérations de même origine, leur fond grisâtre, leur base indurée.

Il pourrait y avoir confusion avec le lupus.

a. Lésions non ulcérées.	
LUPUS	SYPHILIDES
Tubercules aplatis, peu saillants, mollasses, peu serrés. Couleur sucre d'orge, croûtes très noires.	Tubercules arrondis, proéminents, très nombreux; coloration cuivrée. croûtes brunâtres.
b. Lésions ulcérées, ulcération irrégulière; fond rose à bourgeons ternes, sanieux. Bords décollés, violacés. Marche *lente*.	Ulcérations circulaires ou demi-circulaires, anfractueuses, à fond raviné. Bords taillés à pic. Marche plus rapide, destructive.

Quant à l'épithélioma, il est bon de faire remarquer qu'il se différencie par d'assez nombreux caractères, des syphilides. D'abord il est très rare dans cette région. Puis l'ulcération est unique et a succédé à une tumeur ressemblant à une verrue. Son fond est inégal, violacé; les bords en sont épais, renversés. Il y a des douleurs lancinantes et du retentissement ganglionnaire.

Lésions internes. Pour Jullien, chez l'adulte, tout processus destructif de la muqueuse des fosses nasales dénonce la diathèse syphilitique. Et Michel, bien avant lui, avait dit n'avoir pas rencontré un seul cas d'ulcérations des fosses nasales que l'on ne pût attribuer à la syphilis soit par les commémoratifs, soit par la réussite du traitement spécifique.

Cette opinion semble réellement trop exclusive. Le docteur Moure considère « que les ulcérations des fosses nasales sont presque toutes de nature syphilitique, à moins toutefois qu'il n'existe une cause bien nette à laquelle on puisse attribuer la lésion. »

Les auteurs classiques signalent, comme pouvant se rencontrer dans la cavité nasale, des ulcères simples et des ulcères symptomatiques.

Les premiers siègent en général sur la cloison et peuvent en amener la perforation : ils sont la conséquence du coryza aigu ou chronique, de la présence de corps étrangers ou de calculs, de tumeurs; ils sont dus au contact du pus venant du sinus maxillaire enflammé; ou ce sont des ulcères professionnels se montrant chez les ouvriers qui travaillent l'arsenic, le vert de Schweinfurt et le bichromate de potasse.

Les ulcères symptomatiques se montrent dans la morve, la fièvre typhoïde et les fièvres éruptives, la diathèse arthritique (psoriasis), dans le diabète et la scrofule.

Il n'en est pas moins acquis que les pertes de substance d'origine syphilitique sont les plus fréquentes.

Pour éviter les erreurs, on devra interroger le malade avec soin, s'enquérir de l'introduction possible d'un corps étranger, savoir si sa profession ne l'expose pas aux ulcérations nasales et quels sont ses antécédents morbides.

Avec les commémoratifs, l'examen rhinoscopique aidé du stylet, le diagnostic deviendra facile en général.

L'ozène vrai sera distingué de la punaisie provenant des ulcérations syphilitiques parce qu'il disparaît complètement, à l'inverse de l'autre, à la suite des lavages; de plus, dans le coryza atrophique cause de l'ozène vrai, *la muqueuse n'est pas ulcérée sous les croûtes que l'on enlève.*

On peut hésiter quelquefois entre les syphilides ulcéreuses et le lupus.

Les principaux signes distinctifs locaux ont été donnés précédemment.

En outre des caractères de l'évolution morbide lente, essentiellement chronique dans le lupus, plus rapide dans la syphilis, il faudra tenir compte des accidents contemporains. Bien rarement les lésions syphilitiques internes attaquent la peau, tandis que dans le lupus, la peau est intéressée, c'est la règle, et l'ulcération marche généralement de l'extérieur vers l'intérieur. Les cicatrices de tuberculose locale guérie, ou la coexistence d'une tumeur blanche; la constatation de symptômes de syphilis plaideront en faveur de l'une ou de l'autre opinion.

La considération de l'âge peut être utile : le lupus se montre surtout dans l'enfance et l'adolescence; les syphilides apparaissent chez les adultes. Le professeur Fournier fait remarquer avec raison que cette proposition, vraie en général, ne l'est plus quand il s'agit de syphilis héréditaire. Dans celle-ci, en effet, l'accident qui se produit 10, 15, 20 ans après la conta-

gion, se montre à l'âge de 10, 15, 20 ans chez le syphilitique héréditaire.

Enfin, le doute persistant, il resterait à tenter l'épreuve du traitement spécifique qui serait tout au moins sans danger pour le lupus, si c'en est un.

La perforation de la cloison, elle, n'est pas toujours due à la syphilis : elle peut être le résultat d'ulcérations diverses. Le Dr Moure en a vu un cas chez un diabétique (communication orale).

Le docteur Schmiegelow (de Copenhague) a publié dans la *Revue mensuelle de laryngologie* un mémoire sur des cas rares de cette lésion. Sa première observation relatant une perforation congénitale est trop intéressante pour n'être pas rapportée. On la trouvera à la fin de ce travail (Observ. XIII).

Dans une autre observation, le Dr Schmiegelow attribue la perforation à une périchondrite traumatique. La malade souffrant depuis longtemps d'un catarrhe nasal avait pris l'habitude de gratter avec l'ongle l'endroit où se rassemblaient les croûtes et les coagulations sanguines. L'inflammation du cartilage avait succédé à cette irritation continuelle.

Mais on peut faire à cette observation l'objection que ce coryza, cause des attouchements de la malade, était peut-être d'origine syphilitique et aurait suffi à lui seul à amener la perte de substance du cartilage.

Le troisième cas rapporté par le même praticien a trait à une périostite spontanée (?) ayant produit une perforation de la partie antérieure de la cloison osseuse du nez. L'individu était absolument bien portant et ne présentait aucun antécédent syphilitique ou tuberculeux.

Ce sont là, en somme, des faits assez rares qui doivent être connus pour montrer les difficultés du diagnostic dans certaines circonstances.

V

TRAITEMENT

Peut-on prévenir les localisations de la syphilis sur le nez et les fosses nasales? La réponse ne peut être que négative, puisqu'il est admis que le traitement le plus méthodique ne met pas à l'abri du tertiarisme. Jullien a même essayé d'établir par des statistiques que les malades, traités à partir de la période secondaire seulement, étaient le plus exposés aux accidents tertiaires. Cette opinion a tout au moins besoin d'être contrôlée (Homolle), et pour Fournier, comme pour bien d'autres, l'insuffisance ou l'absence de traitement a une grande influence étiologique.

Une fois les accidents déclarés, il faut recourir au médicament héroïque en pareil cas, l'iodure de potassium, à la dose de deux, quatre et six grammes par jour. Mais souvent il ne réussit pas quand il est employé seul, et il vaut mieux instituer de suite le traitement mixte pour revenir plus tard à l'emploi exclusif de l'iodure.

On peut utiliser tous les modes d'administration du mercure : les frictions, les injections hypodermiques de calomel, etc...

Le sirop de Gibert ou une préparation analogue est encore ce qu'il y a de meilleur.

Biiodure de mercure . .	0 gr. 10
Iodure de potassium.. .	15 gr.
Sirop d'écorces.	300 gr.

Une cuillerée à bouche chaque matin.

(Formule du Dr Moure.*)*

Le traitement local est des plus importants. On fera des irrigations nasales tièdes, très abondantes, deux fois par jour, avec de l'eau phéniquée ou des solutions iodées légères.

La liqueur de van Swieten, dédoublée, pourrait être utilisée, mais cette solution mercurielle est assez dangereuse à cause de la possibilité pour le patient d'en avaler une assez grande quantité.

On aura soin d'indiquer au malade que ces lavages doivent être dirigés en arrière; ou mieux, on le fera se servir d'une canule coudée à angle droit dont la branche verticale doit être placée à 4 ou 5 centimètres du menton (Dr Moure).

L'irrigateur Eguisier sera un des instruments les plus commodes pour la projection des liquides. Ceux-ci pourront être aussi employés en pulvérisations.

Des attouchements au nitrate acide de mercure à 1/5 ou 1/10, ou au crayon de nitrate d'argent, pratiqués deux fois par semaine, modifieront heureusement les ulcérations.

On pansera avec de l'iodoforme ou de l'iodol appliqués en lieu convenable avec le porte-ouate, ou on fera priser des poudres antiseptiques telles que la suivante :

Iodol
Iodoforme } ââ 5 gr.
S. nitrate de bismuth, 10 gr.

S'il y avait des bourgeons exubérants, des rugosités osseuses, on pourait se servir de la curette tranchante de Volkmann pour régulariser les surfaces. Mais il vaut bien mieux laisser agir le traitement qui, en général, amène rapidement la guérison.

Rouge (de Lausanne) conseille d'enlever les sequestres, et de se donner du jour pour cela en pénétrant dans les fosses nasales par le sillon gingivo-labial supérieur : procédé qui ne

laisse pas de cicatrice apparente. C'est une opération qui n'est pas sans danger à cause des organes importants du voisinage : il faut prendre soin de n'extraire que les parties mobilisées des os. Le plus souvent, sans opération préalable, on ira par les narines ou s'il le faut par la bouche saisir les fragments osseux mobiles, les broyer s'il est possible et retirer l'instrument avec ce qu'il tient. Une irrigation débarrassera les cavités nasales des petits morceaux d'os qui seraient restés.

Pour remédier aux difformités qui persistent après la cicatrisation, on a, selon les cas, l'autoplastie ou les nez artificiels en argent, en caoutchouc, en celluloïde.

OBSERVATION II

(Mauriac)

En mai 1872 je reçus dans mon service B... (Jean), âgé de 30 ans, tailleur de pierres, qui avait contracté six ans auparavant un chancre soigné à cet hôpital. Il nous dit que ce chancre ne fut suivi d'aucune manifestation sur la peau ni sur les muqueuses, et qu'il ne prit que pendant quinze jours de la liqueur de van Swieten.

Cinq ans après ce chancre, il apparut sur la surface externe du nez, à l'union des cartilages et des os propres, une croûte de la largeur d'une pièce de cinquante centimes. Elle resta stationnaire pendant longtemps ; mais au bout de trois ans, elle s'agrandit, gagna l'aile gauche du nez et même la joue correspondante.

A l'hôpital saint Louis où il entra, on lui fit prendre chaque jour, pendant deux mois, 4 grammes d'iodure de potassium. Il en prit aussi la même dose quotidienne pendant quelques semaines après sa sortie : il se trouva très-amélioré par ce traitement.

Lorsque ce malade fut reçu dans mon service, l'ulcération du nez affectait une forme irrégulière et caractéristique. La partie centrade était à cheval sur le nez, au niveau de l'insertion de ses parties molles sur les os propres. De là elle se prolongeait sur les joues de chaque côté, en suivant le

sillon naso-labial et en contournant les ailes du nez. Les deux branches se rejoignaient au-dessous de la cloison, sur la lèvre supérieure, et formaient par conséquent un anneau complet circonscrivant toutes les parties molles de l'organe. Outre ces deux branches, il y en avait deux autres qui remontaient sur les côtés de l'organe vers sa racine, et rongaient la peau des joues jusqu'au voisinage de la paupière inférieure. Elles ne se rejoignaient pas, et restaient séparées par la base de l'organe.

Considérée dans son ensemble, cette ulcération nasale affectait donc la forme d'un 8 de chiffre, à branches supérieures écartées, à branches inférieures réunies, et formant un anneau qui enchâssait la pointe du nez.

Cette ulcération ne présentait pas partout la même largeur ni la même profondeur. Tous ses points n'étaient pas uniformément ulcérés au même degré. Il était visible que le processus durait depuis longtemps, qu'il était en voie de répression ici, là en pleine activité, plus loin stationnaire, etc.

Cette syphilide circonscrite appartenait à la variété tuberculo-crustacée. Sur la joue gauche, les croûtes étaient épaisses et recouvraient un foyer ulcéreux de la largeur d'une pièce d'un franc. Dans la boucle inférieure du 8, la réparation avait commencé. Il y avait un commencement de cicatrisation imparfaite et peu stable ; sur quelques points, la peau était lisse et recouverte d'un épiderme nouveau. Ailleurs, on voyait poindre de petites saillies tuberculeuses ; à côté se creusaient de petites ulcérations à bords déchiquetés et taillés à pic. Partout le tissu de la peau, dans son épaisseur, était endommagé profondément ou entièrement détruit.

Sur le dos du nez, au niveau de la réunion des parties molles aux os propres, l'ulcération tuberculo-crustacée avait produit une dépression considérable, et la concavité résultant de la destruction de la peau sur ce point était encore exagérée par le redressement de la pointe du nez en haut et en arrière. Elle était attirée dans ce sens par la rétraction cicatricielle. L'aile gauche du nez était en partie détruite.

On peut juger par la description précédente de l'aspect fâcheux que donnait au facies cette syphilide en forme de 8 de chiffre qui tordait ses branches autour du nez d'une façon grotesque et choquante.

L'intérieur des narines avait été respecté. Il n'existait pas d'écoulement nasal, ni d'ozène, ni de douleur à la pression sur les os qui étaient intacts.

La voix n'avait pas changé et l'air circulait librement dans les cavités nasales. Enfin il me fut impossible de découvrir aucune trace de manifestation syphilitique ancienne ou récente sur les autres parties du corps. La maladie constitutionnelle s'était bornée chez lui à cette seule syphilide naso-faciale. On ne sait pas le résultat du traitement, car le malade fut expulsé pour insubordination.

OBSERVATION III

(Jullien)

Louise B..., de Verrières-le-Buisson, âgée de 30 ans, cultivatrice, entrée le 9 octobre 1884 dans le service de M. Besnier, salle Gibert. Mariée. Deux fausses couches, l'une à six semaines, l'autre à trois mois; un enfant mort à six semaines.

Début en 1880 (un mois après la mort de l'enfant) par le pharynx. Aucun médecin ne fut appelé. Dix-huit mois plus tard la surface du dos du nez devint le siège d'une ulcération qui progressa de dehors en dedans.

Jamais de traitement.

Etat actuel. Immédiatement en arrière de la base de la langue, se voit un orifice en forme d'U au centre d'un diaphragme vertical constitué par les piliers antérieurs du voile du palais adhérant à la base de la langue.

L'ouverture de l'U est supérieure et correspond à la place qu'occupaient avant leur destruction la luette et le voile du palais. Tout l'appareil pharyngien supérieur et l'appareil nasal supérieur ont disparu, et sont remplacés par une vaste caverne dont le fond n'est autre que la face antérieure de la colonne cervicale. Vaste caverne également à la place de l'appareil nasal tout entier.

Le nez a disparu dans sa totalité laissant à sa place une ouverture losangique de 2 à 3 centimètres de large, par laquelle on peut observer les mouvements qui se passent dans la bouche et l'arrière-gorge, la voûte palatine ayant disparu. Le sens olfactif est aboli.

La langue à conservé presque tous ses mouvements ainsi que sa faculté gustative. Les larmes s'écoulent facilement dans la caverne. Les yeux sont intacts.

Les joues et les régions maxillaires sont envahies par une ulcération recouverte de croûtes jaune verdâtre, avec bordure polycyclique périphérique. Etat général satisfaisant. Pas de cachexie.

En deux mois la cicatrisation fut complète sous l'influence de quelques frictions et de petites doses d'iodure de potassium.

OBSERVATION IV

(Dr Moure)

Gomme syphilitique de la face interne de l'aile du nez.
Rhinite ulcéreuse spécifique.

Madame G. S..., âgée de 28 ans, marchande, vint me consulter à la clinique au mois de septembre 1887 pour un enchifrènement qu'elle éprouve depuis quelque temps du côté gauche.

Antécédents héréditaires. — Père mort de tuberculose ; sa mère et ses frères sont bien portants.

Antécédents morbides. — Pneumonies à douze et à quinze ans. A vingt-quatre ans, elle aurait eu ce qu'elle appelle un « dépôt de lait, » caractérisé par une éruption sur la face et sur le corps. La jambe droite aurait été particulièrement malade. Elle fut soignée à cette époque par M. le professeur Verneuil et renvoyée guérie.

Il nous a été impossible d'avoir des renseignements plus exacts, d'autant plus que nous craignions par notre insistance d'exciter les soupçons de la malade, mariée et mère de famille.

La maladie actuelle aurait débuté, deux mois avant de venir nous voir, par des élancements dans le côté gauche de la tête, et un peu de gonflement de l'aile du nez du côté gauche, qui ne gênait pourtant pas encore la respiration. Soignée alors par son médecin habituel, elle fut soumise à un traitement ioduré, et localement fit usage de pommade iodée.

Les symptômes ne diminuèrent pas, et la malade fatiguée cessa bientôt son traitement ; le gonflement augmenta et bientôt apparut sur la face interne de l'aile du nez une tumeur qui obstruait à peu près complètement la narine et dont la malade ne peut nous donner la description exacte.

Mais à ce moment apparut aussi un écoulement séro-purulent, sanieux même, quand la malade essayait de se moucher. Les douleurs de tête redoublèrent ; l'œil gauche larmoyait de temps à autre. Le médecin traitant, consulté de nouveau, parla de polype et proposa l'extirpation du néoplasme.

C'est alors que Mme S..., essentiellement peureuse, affolée à l'idée d'une opération, vint me trouver à la clinique le 1er septembre.

A ce moment je constate d'abord que la respiration est impossible par la narine gauche. Le nez est légèrement tuméfié à l'extérieur et un peu rouge ; en écartant l'aide du nez on aperçoit à l'entrée une saillie rougeâtre, fongueuse à sa surface ; sur la face supéro-interne existe une ulcération grisâtre à bords anfractueux, légèrement taillés à pic. Cette tumeur qui part du bord interne de l'aile du nez s'étend en arrière à environ deux centimètres. Elle est implantée sur une large surface, ayant une forme demi-sphérique et le volume d'une noisette. Sa consistance est dure, rénitente ; elle saigne facilement aux moindres attouchements avec le porte-ouate garni.

Pas d'engorgement ganglionnaire spécial. Vu l'âge de la malade, malgré le siège insolite de la légion et l'absence d'antécédents diathésiques nets, je prescris un sirop biioduré (formule de Gibert modifiée) et des lavages à l'eau boriquée.

6 septembre : Les névralgies faciales et la tension douloureuse de la face ont disparu. La respiration nasale se fait déjà un peu, l'ulcération se déberge, le gonflement est moins considérable.

9 septembre : La tumeur a presque totalement disparu, mais la secrétion muco-purulente persiste. L'examen de la cavité nasale impossible jusqu'alors révèle l'existence d'une ulcération légèrement fongueuse au niveau de la cloison ; il existe même un séquestre que j'essaie, mais en vain, de mobiliser complètement. La malade continue son traitement ; je prescris une deuxième irrigation phéniquée.

15 septembre : Il n'existe que les traces de la lésion de l'aile du nez, j'enlève avec la pince une partie du séquestre. Le fragment qui reste est éliminé quelques jours après par l'injection,

20 septembre : La malade peut être considérée comme guérie.

Je la revois du reste le 4 octobre ; elle a cessé son sirop depuis plusieurs jours, se trouvant fatiguée par la médication. Je prescris une solution iodurée, et par prudence je conseille de continuer les irrigations le matin.

J'ai pu examiner moi-même cette malade et compléter son histoire. Habituée à des interrogations succesives depuis qu'elle vient à la clinique, elle donne des renseignements plus précis.

Elle est mariée depuis huit ans, et elle a eu quatre grossesses. Un seul enfant est vivant ; deux seraient morts du coup ; une fausse couche à six mois et demi.

Elle n'a jamais eu de maux de gorge ni d'éruptions sur la peau.

Bien réglée ; pertes blanches abondantes depuis sa fausse couche.

Mari bien portant.

Vers le milieu de l'année 1887, elle aurait souffert de céphalalgie très violente se montrant chaque soir vers trois heures et empêchant le sommeil pendant une partie de la nuit.

Puis la tumeur du nez dont il a été précédemment parlé apparut, et guérit sous l'influence du traitement.

Considérée comme guérie le 4 octobre, elle revint bientôt avec de l'ozène, un écoulement de liquide purulent par la narine gauche et des douleurs assez vives.

Le traitement spécifique eut le même succès que la première fois et amena la guérison.

L'affection reparut encore et on constata, à la racine du nez près de l'angle interne de l'œil gauche, une tuméfaction dure, sans changement de coloration à la peau, et très douloureuse spontanément. Secrétions abondantes et d'une mauvaise odeur excessive.

1er avril. — A l'examen rhinoscopique, on voit une ulcération fongueuse, grisâtre, à bords taillés à pic, située à la partie antérieure du cornet inférieur gauche. La cloison est absolument intacte.

Jetage purulent intermittent.

Ulcérations grisâtres sur les parties latérales de la langue.

13 avril. — On enlève une croûte noirâtre située sur l'ulcération nasale qui a toujours les mêmes caractères.

17 avril. — L'ulcération a un peu diminué ; la tumeur de la racine du nez est encore sensible à la pression.

La malade se trouve améliorée.

OBSERVATION V

(Clinique du Dr Moure).

Rhinite spécifique ulcéreuse. — Gomme palatine.

Marie Dur..., âgée de 36 ans, couturière, se présente à la clinique le 23 avril 1887, parce que depuis deux mois elle mouche un liquide épais ressemblant à du pus, et que sa respiration nasale est gênée, surtout à gauche. Elle éprouve des douleurs dans tout le côté gauche de la tête, et du larmoiement du même côté. La voix est nasonnée.

Elle raconte qu'il y a environ trois ans, son mari a eu des boutons sur le corps, des maux de gorge fréquents, en un mot la syphilis. Mais chez elle, elle n'a jamais rien constaté de semblable ; cependant elle a eu dans la bouche de petites plaques grisâtres pour lesquelles elle a été soignée à Paris. Depuis elle n'a rien ressenti excepté l'affection pour laquelle elle vient à la consultation.

Cette femme est bien réglée ; elle a eu un garçon avant d'être contaminée ; depuis elle n'a pas été enceinte.

A l'examen rhinoscopique, on voit une ulcération grisâtre à bords taillés à pic occupant la cloison ainsi que la partie inférieure et latérale du cornet inférieur. Sur la voûte palatine, derrière l'arcade dentaire, se trouve une tumeur rougeâtre, oblongue, un peu sensible à la pression, ayant les caractères d'une gomme.

30 avril : La malade a pris du sirop de Gibert et fait des irrigations phéniquées. L'amélioration est très sensible. L'ulcération a à peu près disparu ; la respiration nasale est plus facile. La voix est encore nasonnée ; le gonflement de la voûte palatine persiste. Le larmoiement a diminué sans traitement spécial.

25 mai : La guérison est presque complète, il ne reste qu'un état granuleux de la muqueuse buccale.

OBSERVATION VI (résumée)

(Clinique du docteur Moure).

Rhinite ulcéreuse spécifique.

Madame B..., 36 ans, sans profession.

Il y a cinq ans environ a reçu sur le nez un coup de coude. Ecoulement de liquides purulents pendant dix-huit mois. Perte de l'odorat.

Suivit un traitement spécifique.

A suspendu son traitement mercuriel depuis six mois. Il y a trois mois, le mal revint. Dit avoir eu des croûtes dans le nez.

Reprise du traitement.

9 septembre 1886 : Vient à la clinique. On constate une ulcération fongueuse occupant le cornet inférieur gauche et une autre sur la cloison.

Rien à droite.

24 septembre : Amélioration très notable. Petits bourgeons sur le cornet inférieur gauche. Ulcération sur le cornet moyen.

31 septembre : La malade peut être considérée comme guérie ; ne revient plus.

OBSERVATION VII

(Clinique du Dr Moure).

Rhinite syphilitique ulcéreuse.

Marie Chant..., âgée de 39 ans, exerçant la profession de couturière, se présente à la clinique le 6 mai 1887, envoyée par M. le Dr N.... Depuis deux mois et demi, elle souffre de douleurs dans le nez qui est légèrement gonflé; elle ne peut pas respirer par la narine droite. La maladie a été rebelle à tout traitement antérieur.

Cette femme nie tout antécédent syphilitique; cependant elle a eu autrefois de légers maux de gorge qui ont été traités par des cautérisations au nitrate d'argent. Elle a une exostose de l'extrémité interne de la clavicule droite.

On trouve à l'examen une ulcération taillée à pic, bourgeonnante, siégeant à l'angle formé par la cloison et les fosses nasales. Il existe une carie des cornets.

La voûte palatine présente elle aussi une ulcération analogue allant jusqu'à l'os, et de la largeur d'une pièce de deux francs.

Il lui est ordonné de prendre du sirop de Gibert et de faire des irrigations phéniquées.

14 mai : La respiration nasale est beaucoup plus facile ; les ulcérations buccale et nasale sont améliorées. On pratique des cautérisations avec l'acide chromique.

21 mai : A l'occasion de ses règles, la malade a cessé le sirop de Gibert ; malgré cela le mieux continue : l'ulcération de la voûte n'a plus que le diamètre d'une pièce de 50 centimes ; fond bourgeonnant. On touche l'ulcère à la teinture d'iode. Gargarisme iodé.

28 mai : La guérison est à peu près complète. La malade ne revient plus.

OBSERVATION VIII

(Clinique du Dr Moure).

Rhinite ulcéreuse syphilitique.

Maria L..., âgée de 41 ans, domestique.

Dans son enfance, elle a eu le croup, puis la variole. Elle s'est mariée à l'âge de 19 ans. Deux ans après son mariage, elle a eu dans la gorge des plaques muqueuses qui ont été cautérisées ; mais elle n'a suivi aucun traitement spécifique.

Il y a un an elle s'est aperçue de la présence d'un petit bouton dans le nez. Cet organe a rapidement augmenté de volume. Violentes douleurs surtout la nuit. En même temps apparaissait une petite tumeur à la voûte palatine.

A cette époque elle se présenta à la clinique : elle avait des ulcérations sur la cloison, le cornet inférieur et le voile du palais. Les ganglions des parties latérales du cou étaient engorgés.

31 mai 1887 : Etat actuel. A la partie inférieure du cou, à un centimètre

au-dessus du point d'insertion du sterno-mastoïdien, on voit une gomme ulcérée, taillée à pic. L'ulcération a environ un demi-centimètre de profondeur et un centimètre de largeur à peu près. Les tissus qui l'entourent sont durs et infiltrés.

Dans la narine droite, on aperçoit un ulcère sanieux, à bords grisâtres, occupant tout le cornet inférieur.

Enfin, sur la voûte palatine, à droite de la ligne médiane, à l'union du tiers postérieur avec les deux tiers antérieurs de la voûte, se trouve une ulcération assez profonde de forme ovalaire mesurant, dans son grand diamètre situé d'arrière en avant un centimètre et demi, et dans son petit diamètre transversal un demi centimètre environ.

La malade a maigri, ses forces ont diminué. Depuis un an environ elle ressent à la face palmaire des mains des démangeaisons qui la forcent à se gratter jusqu'au sang: la sensation de prurit s'exagère la nuit. Grande faiblesse dans les bras. Douleurs lancinantes aux membres inférieurs et dans tout le côté droit.

On lui prescrit du sirop de Gibert (2 cuillerées par jour); lavage des fosses nasales à l'eau phéniquée, pansement phéniqué sur l'ulcération du cou.

Sous l'influence du traitement, la gomme du cou s'est cicatrisée, ainsi que les ulcérations du cornet et de la voûte palatine.

OBSERVATION IX (personnelle)

Rhinite ulcéreuse spécifique

Madame Marie S..., 36 ans, marchande, mariée depuis 15 ans. N'a jamais été enceinte.

A encore son père qui est âgé de 67 ans et est bien portant. Sa mère est morte de fièvre typhoïde en Algérie. Son mari est malade depuis huit ans de douleurs sciatiques (?).

Elle-même a eu la fièvre typhoïde étant jeune fille.

Après avoir éprouvé quelque temps de la céphalée intense surtout nocturne, cette femme s'est aperçue il y a huit ans qu'elle avait un petit bouton à l'ouverture de la narine gauche, tout près de l'aile. Le nez était absolument indolore; mais il se fit à la même époque un écoulement purulent très

abondant par cet organe. La respiration nasale était génée. La malade dit qu'elle a compté au milieu des sécrétions sept fragments d'os qui furent expulsés successivement. En même temps, elle avait « mal à la gorge » et le symptôme dysphagie était très accusé.

A ce moment elle était à Perpignan; elle alla trouver un médecin qui ne lui fit qu'un traitement local, et chez lequel elle retourna tous les 15 jours pendant sept ans et demi.

Il y a huit mois environ, elle eut la « figure enflée », et il se produisit du côté droit une tumeur lacrymale qui s'ouvrit seule, et a laissé une fistulette.

Marie S... est venue habiter Bordeaux il y a six mois; elle n'a consulté aucun médecin. Elle se contentait de se faire des lavages avec de l'eau de mauve.

Se présente à la clinique le 10 avril. Elle se plaint de douleurs très-vives dans le nez surtout au niveau des os propres. Impossibilité de se moucher à cause de l'hypéresthésie douloureuse que produit cet acte. Céphalée très-vive. Perte de l'odorat.

On constate à l'examen rhinoscopique la disparition de la cloison cartilagineuse; la partie antérieure du vomer, et un petit segment antéro-inférieur de la lame perpendiculaire de l'ethmoïde ont aussi disparu. Les deux fosses nasales communiquent donc largement, la sous-cloison est conservée

Ulcération grisâtre, fongueuse, siégeant sur la partie persistante du vomer. Odeur nauséabonde des sécrétions. Comme aspect extérieur, le nez n'est point déformé ; il semble seulement un peu élargi vers sa racine et offre un peu au-dessus du lobule une lègère dépression qu'on ne remarque qu'en regardant attentivement l'organe.

La malade dit n'avoir jamais eu de boutons sur la peau ni d'alopécie. Pas de cicatrices sur le tégument externe, ni d'exostoses sur les tibias. Etat général satisfaisant.

On prescrit du sirop biioduré et des irrigations phéniquées.

20 avril : Plus de douleurs au niveau des os propres ; la malade peut se moucher. L'air froid seul est pénible par son contact.

L'écoulement purulent est toujours abondant, mais en somme amélioration notable des symptômes subjectifs.

L'ulcération du vomer a un peu diminué. Même traitement ; on ajoute :

Poudre à priser :	Iodol.....	5 gr.
	Iodoforme.....	5 gr.
	Sous-nitrate de bismuth..	10 gr.

J'ai perdu depuis la malade de vue.

OBSERVATION X (personnelle).

Rhinite ulcéreuse spécifique.

Madame L..., 32 ans, blanchisseuse.

Son mari serait mort il y a cinq ans de syphilis.

Cinq avortements presque à terme. A deux enfants bien portants.

Cette femme aurait toujours été chétive, mais n'aurait pas fait de graves maladies.

Prise au mois de juin 1887 de mal à la gorge, elle a été passer huit jours à l'hôpital où on lui a fait prendre du sirop de Gibert. N'a jamais eu d'éruptions sur le corps.

Il y a un mois, céphalée atroce augmentant d'intensité le soir ; la douleur occupait surtout le front. Faiblesse générale.

Depuis dix jours le nez a commencé à augmenter de volume ; les douleurs se sont localisées aux tempes et au niveau des os propres.

Vient à la clinique pour la première fois le 24 avril.

La face est pâle, amaigrie ; il y a du larmoiement de l'œil gauche. On constate à l'extérieur du nez, au niveau du bord inférieur de l'os propre gauche, une tuméfaction de la grosseur d'une noisette, très douloureuse à la pression, sans changement de coloration de la peau. Cette tumeur aurait été plus volumineuse, le gonflement s'étant étendu pendant quelques jours jusque sur la joue correspondante.

La malade dit moucher beaucoup ; il sort alors de sa narine gauche un liquide purulent peu abondant, quelquefois sanguinolent, et des croûtes.

Odeur repoussante perçue à distance. A l'examen, on constate des ulcérations sur la cloison : elles sont grisâtres, et autour, la muqueuse est rouge

foncé. Pas de perforation ; à droite, les ulcères sont plus petits et moins nombreux.

Une fissure profonde siège sur la face dorsale de la langue près du bord droit : absolument indolente, elle serait venue à la suite d'une sorte de tumeur « ressemblant à de la chair », qui se serait détachée peu à peu.

Prescription : Sirop biioduré.

Irrigations avec eaux de Salies et eau phéniquée deux fois par jour.

18 mai : Revient seulement à la clinique aujourd'hui. Elle a eu, depuis la première visite, une poussée inflammatoire du côté des os propres du nez, qui a déterminé du gonflement de la joue à gauche et l'éruption sur la tuméfaction préexistante de ce côté, d'une syphilide tuberculo-crustacée unique. Fièvre assez vive ayant forcé la malade à garder la chambre; aussi n'a-t-elle commencé son traitement que le 10 : elle éprouve déjà de l'amélioration.

La mauvaise odeur qui s'exhale des fosses nasales est encore excessive. Les deux yeux sont larmoyants. La respiration nasale qui a été très gênée pendant quelques jours est redevenue facile.

A l'examen rhinoscopique, on constate des ulcérations bourgeonnantes sur la cloison et le cornet inférieur à droite. Petite perforation de la cloison.

A gauche les ulcérations sont seulement au nombre de deux.

Continuation du traitement général et local.

OBSERVATION XI (personnelle)

Rhinite ulcéreuse spécifique

Marie S..., 37 ans, domestique; veuve depuis quatorze ans, elle a été mariée six ans. Son mari, qui n'aurait jamais été malade tant qu'elle l'a connu, serait mort de fièvre typhoïde. Une fille bien portante.

A eu elle-même la fièvre typhoïde à 9 ans.

Pas d'autres antécédents morbides.

Elle est malade depuis trois ans, époque à laquelle elle a été prise d'un rhume de cerveau. Peu à peu le liquide nasal devint purulent; il renfermait de petit morceaux d'os qui s'écrasaient facilement sous le doigt, et qui étaient expulsés de temps en temps. Aucune sensation douloureuse.

Pendant deux ans et demi, elle suivit d'une façon tout à fait irrégulière le traitement ordonné par un médecin : irrigations phéniquées, huile de foie de morue, sirop de Gibert.

Vient à la clinique pour la première fois le 23 avril 1888.

On constate à l'extérieur que le nez présente une brisure transversale très profonde siégeant vers le milieu du dos; la partie antérieure de l'organe est relevée et l'ouverture des narines regarde directement en avant.

Cette difformité serait survenue tout d'un coup, il y a deux ans environ.

La malade répand une odeur insupportable même à distance; les fosses nasales sont encombrées de croûtes. On remet l'examen à une visite ultérieure.

Le docteur Moure a enlevé successivement deux sequestres osseux assez gros qu'il a retirés avec une pince par les narines. Un troisième, plus volumineux encore, a dû être extrait par la bouche, ses dimensions ne permettant pas de le faire passer par le nez.

La malade prend du sirop de Gibert et se fait des irrigations aux eaux de Salies et à l'eau phéniquée.

Je l'examine le 15 mai : Il n'existe plus d'ozène. A l'aide du spéculum, on constate la disparition des cornets inférieur et moyen des deux côtés, de la cloison cartilagineuse, du vomer et de la lame perpendiculaire de l'ethmoïde.

Les deux fosses nasales forment une vaste cavité où on ne trouve plus trace d'ulcération et où il ne se fait aucun suintement purulent.

OBSERVATION XII

(Dr Baratoux).

Syphilis. Nécrose des os du nez. Expulsion de la partie centrale de l'os sphénoïde.

M. Laurent Ch..., âgé de 36 ans, se présente à notre dispensaire le 26 avril 1883.

Le malade nous raconte avoir eu vers 1868 un chancre induré suivi de plaques muqueuses, d'érythème, de papules, etc., de nature syphilitique.

Vers 1872, il est pris de douleurs siégeant dans les fosses nasales. A partir de cette époque, il ne cesse de moucher des mucosités purulentes répandant une odeur de punaisie très marquée. Parfois ces sécrétions abondantes renfermaient de petits fragments osseux.

Dans le courant de l'année 1874, Ch... vint consulter M. le docteur Jardin pour une céphalée opiniâtre qui l'empêchait de dormir. Notre confrère lui prescrivit de l'iodure de potassium à la dose de 4 à 5 grammes par jour. Lorsque le malade prenait ce médicament, la sécrétion nasale augmentait, mais la céphalée diminuait considérablement. Alors il suspendait de lui-même son traitement pour le reprendre après un temps plus ou moins éloigné, suivant que son mal de tête était plus ou moins intense.

Un jour, c'était au commencement de 1875, il apporta à M. Jardin un fragment d'os assez considérable qu'il avait rendu en se mouchant; c'était un des cornets. Depuis ce moment, il remarqua de temps en temps dans les mucosités nasales des parties osseuses assez volumineuses pour lui permettre d'en reconnaître la nature.

Depuis cette époque, M. Jardin n'avait plus revu son malade, lorsqu'il y a huit jours celui-ci vint le trouver à sa consultation pour un point de côté qu'il ressentait dans le côté gauche. Notre confrère reconnut une pneumonie pour laquelle il lui conseilla de garder la chambre; mais Ch... n'en continua pas moins ses occupations habituelles. Quelques jours après il venait me trouver pour le débarrasser de la mauvaise odeur que répandait son nez.

Ch... paraît très affaibli; sa respiration est courte, haletante; son oppression remonte à quelques mois déjà, nous dit-il. Nous voulons l'ausculter, mais le malade nous répond que M. Jardin lui a donné un traitement pour son affection de poitrine.

Actuellement, le malade ne présente aucun accident syphilitique du côté de la peau ou des muqueuses, si ce n'est du côté du nez.

Sa forme extérieure est peu modifiée ; il est cependant légèrement aplati au niveau de l'extrémité antérieure des os propres, mais cette déformation est peu prononcée, si on la compare aux lésions intérieures de cet organe.

En effet, à l'examen rhinoscopique, nous constatons la destruction complète des cornets inférieurs et moyens ; les fosses nasales forment une seule cavité assez vaste dont les parois sont recouvertes de mucosités noirâtres.

Vers leur milieu, on aperçoit une masse solide assez mobile dont il est difficile de reconnaître la nature, car elle est entourée de mucosités épaisses.

La luette n'existe plus ; sur la ligne médiane de la voûte palatine, à l'union de ses portions osseuse et membraneuse, est une perforation triangulaire qui laisserait passer l'extrémité du petit doigt.

Le pharynx nasal est aussi tapissé de mucosités qui empêchent de distinguer ses diverses parties. Inutile de dire que le malade ne respire plus par le nez et que l'olfaction a disparu depuis longtemps.

Nous conseillons au malade de faire usage d'injections nasales au sulfate de soude afin de nettoyer ces cavités.

Dès la première injection, le malade sent qu'une masse se déplace dans ses fosses nasales et bientôt il rend par la bouche un fragment d'os que l'injection a chassé.

Cet os nécrosé, d'odeur nauséabonde, offre les dimensions suivantes : longueur 20 millimètres, largeur 15 millimètres, hauteur (à sa partie médiane), 10 millimètres. Les faces supérieure et inférieure viennent se rejoindre à angle aigu, tandis que sa face antérieure montre nettement le cul-de-sac des sinus sphénoïdaux séparés par la crête sphénoïdale : à sa partie inférieure sont les restes du rostrum, de chaque côté duquel s'insérait le vomer. Cet os n'est autre que la partie centrale du sphénoïde. L'on sait que celui-ci a des rapports importants : les nerfs olfactifs, les nerfs optiques, l'artère ophthalmique, la carotide interne, le sinus caverneux, les troisième, quatrième et cinquième paires crâniennes, le nerf et la veine ophthalmiques, le vomer et l'ethmoïde sont en rapport respectivement avec ses faces supérieure, latérale, inférieure et antérieure. A part la nécrose de ces deux os, les autres organes voisins paraissent sains, si l'on en juge par les troubles apparents. Il est vrai que le malade est privé de l'olfaction, mais l'absence de ce sens est facilement explicable par l'état de la muqueuse olfactive.

Quelques jours après, M. Jardin nous apprend que Ch... a succombé à sa pneumonie, lentement asphyxié, sans avoir présenté de phénomènes cérébraux; quelques minutes avant sa mort, il causait avec les membres de sa famille.

Depuis le jour où le sphénoïde nécrosé était sorti des fosses nasales,

l'écoulement purulent s'était tari ; cependant du pus concret sortait de temps en temps par la bouche, venant, nous dit son médecin, de la partie supérieure du voile du palais.

Nous ne saurions déterminer l'époque à laquelle remontait la nécrose du sphénoïde. Ce qui nous a frappé dans cette observation c'est l'absence de symptômes cérébraux.

Malgré le voisinage de vaisseaux sanguins importants, le malade n'a pas eu d'hémorragie.

L'autopsie de Ch..., n'a pu être faite.

OBSERVATION XIII

(Docteur Schmiegelow)

Perforation congénitale de la cloison.

Guillaume S..., 64 ans, imprimeur, vint me consulter au mois de janvier 1884, pour une forte dyspnée occasionnée par une bronchite chronique avec emphysème pulmonaire. L'examen rhinoscopique décèla une perforation considérable de toute la portion antérieure de la cloison nasale, intéressant presque la partie cartilagineuse dans sa totalité, car on n'en apercevait plus en avant qu'un faible vestige. Presque ronde, cette perforation présentait un angle en arrière, au point de jonction de la partie perpendiculaire de l'ethmoïde et du vomer.

Le diamètre vertical de la cavité était d'environ 2 centimètres, son diamètre horizontal de 3 centimètres.

Interrogé minutieusement, le malade déclare avoir remarqué dès son enfance la perforation qui est facile à voir en regardant simplement à travers la narine ; mais il n'y a jamais attaché d'importance, croyant cela tout naturel. La forme extérieure du nez ne présente rien d'anormal ; le dos en est régulier. Il n'y a jamais eu d'expulsion de séquestres, pas de lupus, aucune trace de syphilis. Tous les membres de sa famille sont sains et vigoureux et on n'y pourrait rencontrer d'affection de ce genre.

Je considère cette perforation comme congénitale par les raisons suivantes :

1° Il l'a eue depuis son enfance ;

2° Il n'a jamais eu de symptômes morbides du côté du nez, jamais d'écoulement purulent, de douleurs, de formation croûteuse, d'expulsion de séquestres, ce qui aurait difficilement échappé à l'attention, en raison des dimensions assez considérables de la perforation ;

3° Au point de vue anamnestique, rien ne plaide en faveur d'une tuberculose ou d'une syphilis congénitales ;

4° Les influences traumatiques qui pourraient avoir occasionné une inflammation lente du périchondre doivent être certainement exclues ;

5° L'enveloppe muqueuse du bord de la perforation était tout à fait unie et normale, sans trace de cicatrices.

CONCLUSIONS

La syphilis à la période tertiaire peut produire des lésions multiples dans l'appareil de l'olfaction, depuis les simples éruptions acnéiques qui siègent sur la peau du nez, jusqu'aux difformités effrayantes qui sont le résultat de la disparition du squelette osseux et cartilagineux.

Ce sont des accidents assez rares, mais dont le pronostic est toujours grave non-seulement au point de vue de l'esthétique, mais encore au point de vue de la vie.

Le diagnostic n'est point toujours aisé ; dans le doute on doit avoir recours au traitement spécifique.

Ce traitement sera mixte, énergique : le sirop biioduré fait souvent merveille. On n'oubliera pas les irrigations antiseptiques et les pansements locaux.

Le Doyen,
A. PITRES.

VU BON A IMPRIMER :
Le Président de la thèse,
Dr VERGELY.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 19 mai 1888.
Le Recteur,
H. OUVRÉ.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Baratoux. — In Revue mensuelle du Dr Moure, août 1883.

Barthélémy et Balzer. — Art. Syphilides du Dict. de Jaccoud.

Bassereau. — Traité des affections de la peau symptomatiques de la syphilis.

Berlioz. — Manuel des maladies de la peau.

Chaboux. — Thèse de Paris, 1875.

Dupond. — Thèse de Bordeaux, 1887.

Finger. — Revue des sciences médicales, 1883.

Follin et Duplay. — Pathologie externe.

Fournier. — Leçons sur la syphilis tertiaire.

Gourjon. — Thèse de Paris, 1881.

Grouille. — Thèse de Paris, 1872.

Homolle. — Art. Syphilis, in Dict. de Jaccoud.

Horand. — Annales de dermatologie, 25 juillet 1885.

Jullien. — Traité des maladies vénériennes.

Kirmisson. — Pathologie externe.

Mauriac. — Leçons sur les maladies vénériennes.

Mauriac. — Leçons sur la syphilose pharyngo-nasale.

Michel. — Gazette médic. des hôpitaux, 1863.

Morell-Mackenzie. — Traité des maladies du nez et de la gorge (traduction).

Moure. — Traité des maladies des fosses nasales.

» Revue mensuelle de laryngologie du Dr Moure (passim).

Ricord. — Traité complet des maladies vénériennes.

Schmiegelow. — In Revue mensuelle, 1886.

Spillmann. — Art. Nez, in Dict. encyc. des sciences médicales.

Trousseau. — Clinique médicale, t. I, p. 629.

12,481. — Bordeaux, Ve Cadoret, impr., 17, rue Montméjan.